Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
della Provincia di Lecce

Marca da bollo

€ 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO PROVINCIALE E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

Al CONSIGLIO DIRETTIVO
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LECCE

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____, tel. _____ cellulare _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E CONSAPEVOLE DI INCORRERE NELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO, SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI CHE NON RISULTASSERO VERITIERE (ART. 75 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',

DICHIARA

ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità, di essere Legale Rappresentante della Società tra Professionisti denominata _____

con sede legale in _____ CAP _____ Via _____

(indicare se presenti anche le sedi secondarie) _____,

C.F. e/o Partita IVA _____, tel _____

PEC (obbligatoria) _____ iscritta al registro delle imprese di _____ al nr. _____ dal _____, avente come oggetto sociale _____

CHIEDE

ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34 l'iscrizione della Società _____ nella Sezione Speciale dell'Albo di codesto Ordine.

Allegare alla presente domanda la seguente documentazione obbligatoria:

- Domanda d'iscrizione Società nella Sezione Speciale dell'Albo (marca da bollo €. 16,00);
- Fotocopia documento di identità;
- Atto Costitutivo e Statuto della Società in copia autentica;

- Certificato di Iscrizione nel Registro delle Imprese;
- Certificato di Iscrizione all'Albo, Elenco o Registro dei Soci professionisti che non siano iscritti presso l'Ordine cui è rivolta la domanda;
- Versamento di € 145,00 (centoquarantacinque/00) da accreditare presso Intesa Sanpaolo Spa- Codice Iban: IT54N0306904013100000300034 – INTESTATO A : Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lecce- causale: Iscrizione Sezione Speciale Albo;
- Lettera di nomina ed accettazione del Direttore Sanitario o dell'Amministratore Unico;
- Versamento per tassa concessione governativa di €. 168,00 (centosessantotto/00) su c/c postale n. 8003 intestato a : Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara- Tasse Concessioni Governative.

DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

Lecce, _____Firma _____

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, ai sensi dell'art. 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni societarie comprese le variazioni anagrafiche (indirizzo, residenza, recapito telefonico, mail o PEC). Tale dovere è imposto anche dal Codice Deontologico che, all'art. 64, così recita: "**Rapporti con l'Ordine professionale** - … *Il medico comunica tempestivamente all'Ordine il cambio di residenza, il trasferimento in altra provincia della sua attività, la modifica della sua condizione di esercizio ovvero la cessazione dell'attività*…".

DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

Lecce, _____Firma _____